



Favorecido **Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC**  
CNPJ **76.726.884/0044-68**  
Banco **237 - Bradesco**  
Agencia **2693**  
C. Corrente **11272-0**

**Dados do reembolso - Seguro Aluno**

Código	Nome Aluno (a)
3139	André da Silveira Conrado

**Descrição dos Gastos**

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 98,24	124.899	Cia Latino Americana de	Medicamentos
<b>R\$ 98,24</b>	<b>Total Reembolso</b>		

Araquari, 11 de Dezembro de 2023.

*Syendra Oliveira*  
Operador do processo

**Syendra Rinaldi Oliveira**  
Enfermeira  
COREN N: 639647

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** André da Silveira Conrado  
**Nº da Carteira:** 13.3.3139  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 17/04/2007      **Nº da Guia:** 14828

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/11/2023	15:06:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

**Descrição**  
O aluno estava jogando vôlei, quando saltou, no momento de cair no chão, o aluno caiu sobre o pé do colega. Fazendo com que ele torcesse o tornozelo. de imediato o tornozelo inchou e começou a doer.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bruno Rederd	(47) 3447-7461

Quem prestou primeiros socorros	Data
Bruno Rederd	27/11/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HDH - Hospital Dona Helena	Rua Blumenau	123	Centro	(47) 3451-3333 (47) 3451-3365

**Observações**  
O aluno foi atendido pelo preceptor, com e gel. Contudo não apresentou melhoras e então estamos encaminhando ele para atendimento médico.

Ass.: Syendra Oliveira

Geazi Gomes de Oliveira

**Syendra Rinaldi Oliveira**  
Enfermeira  
COREN N: 639647

**Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

*Joinville, 27 de novembro de 2023.*

***Andre da Silveira Conrado***

:USO ORAL

Flancox 600 mg

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas, POR 7 DIAS.

Caixa com 14 comprimidos.

:

Lisador

Dipirona+Prometazina+Adifenina ..... (1 caixa)

Tomar 1 comprimido 8/8 horas, SE DOR.

GELO LOCAL 3 X DIA

RETORNO COM ESPECIALISTA DE PÉ E TORNOZELO EM 1 SEMANA NA CIDADE DE ORIGEM

( TRAUMA TORCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO )

Dr. Mário Sérgio da S. Miranda  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 15846 - RQE 10.930

Dr. Mario Sergio da Silva Miranda (CRM 15846)

**CIA LATINO AMERICANA DE**

**MEDICAMENTOS**

RUA BLUMENAU, 138  
CENTRO  
JOINVILLE  
SC  
CEP: 89204250  
TELEFONE: 4734331518



**DANFE**  
**DOCUMENTO AUXILIAR**  
**DA NOTA FISCAL**  
**ELETRÔNICA**

0 - Entrada  
1 - Saída **1**  
Nº 000.124.899  
SÉRIE : 1  
FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO  
4223 1184 6834 8101 0059 5500 1000 1248 9912 3194 5110

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
**LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL**

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
342230278923546 - 27/11/2023 19:45:32

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
254357601

INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA

CNPJ  
84.683.481/0100-59

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL <b>CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA</b>		CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12	DATA DA EMISSÃO 27/11/2023
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447		BAIRRO DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730-070
MUNICÍPIO CURITIBA		FONE/FAX	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 27/11/2023
		UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 19:45:27

**FATURA**

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00		VALOR DO ICMS 0,00		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 101,18	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 2,94	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 98,24			

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 9-Sem Frete	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO	

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO**

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
1000024120	FLANCOX C/14 CPR REV 600MG [L:23060346 Qt:1] [VI. Desconto: R\$2,94]	30049079	5 41	5929	UN	1	58,78000000	58,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000010018	LISADOR DIP C/20 CPR 1000MG [L:B23D1906 Qt:1]	30049069	5 41	5929	UN	1	42,40000000	42,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricação do ECF: EP12181000000025028 COO: 484362 NFC-e nr. 4498583 Serie ECF Emitido em: 27/11/2023 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 98.24 Valor do ICMS = 16.70 Valor do ICMS Desonerado: 11,79	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

**FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA**

Prontuário	1288806	Atendimento	8566590	ID	
Nome	Andre da Silveira Conrado	Sexo	Masculino	Paciente:	1699691
Mãe	Angela Maria da Silveira Conrado	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	14828
Data Nascto	17/04/2007	Cód.Usuário	1333139	Funcionário	Isabela.Tais
Idade	16 anos e 7	Senha		Dt.Validade	31/12/2023
Data	27/11/2023	Hora	18:08	Responsável	Kerolayne Viana da Silva
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Documento em anexo		

**TERMO DE CONSENTIMENTO GERAL**

- I. O paciente e/ou responsável declara estar ciente que o Hospital não possui ingerência sobre a relação contratual ajustada entre o paciente e/ou responsável e a Operação de Plano privado de Assistência à Saúde, razão pela qual não possui responsabilidade sobre eventual recusa ou falta de autorização da Operadora de Plano privado de Assistência à Saúde em relação à prestação de serviços, seja total ou parcial.
- II. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que, em caso de atendimento em caráter de emergência, seu tratamento se iniciará independentemente da formalização deste instrumento, conforme previsão do artigo 135-A da Lei nº 12.653/2012. A condição de emergência será definida por profissional da saúde devidamente habilitado.
- III. O paciente e/ou responsável declara conhecer a apólice/contrato de sua Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, seus termos e condições; existência de períodos de carência e itens de cobertura, exclusão e restrição, razão pela qual assume total e integral responsabilidade pelos respectivos pagamentos das despesas que não estejam englobadas em sua relação com a Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde.
- IV. O responsável declara assumir total e completa responsabilidade pelo paciente perante o Hospital, inclusive em relação às obrigações de pagamento de toda e qualquer despesa havida com o atendimento do paciente, ou seja, todos os tratamentos que, a critério médico, forem imprescindíveis para a saúde do paciente, seja em decorrência do caráter particular atribuído ao atendimento, seja em relação à recusa total ou parcial da Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde.
- V. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que, caso as despesas apuradas não sejam cobertas ou reembolsadas pela Operadora de Plano Privado de Assistência à saúde, serão consideradas despesas particulares e serão encaminhadas para pagamento do paciente e/ou responsável, tão logo receba a negativa da operadora.
- VI. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que na hipótese de atraso no pagamento por culpa exclusiva da paciente e/ou responsável, será devida multa moratória equivalente a 2%, acrescidos de juros de 1% ao mês, tudo sobre o valor em atraso.
- VII. O paciente e/ou responsável declara ter ciência das normas e condições preestabelecidas pelo Hospital, tais como: respeitar a vedação legal para tabagismo; não trazer alimentos; respeitar os direitos dos demais pacientes, acompanhantes e funcionários entre outros conforme a identificação dos Direitos e Deveres fixada na Recepção da Emergência.
- VIII. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que o hospital não se responsabiliza por pertences do paciente e acompanhantes, exceto em casos emergenciais. Recomenda-se que pertences sejam entregues a familiares.
- IX. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que, quando necessário e aplicável ao caso, serão formalizados termos de consentimento específicos, de acordo com a avaliação e orientação médica, destinados a esclarecer ao paciente e/ou responsável os fatos e eventos relacionados com os procedimentos que serão realizados.
- X. O paciente e/ou responsável está ciente de que o Hospital mantém uma estrutura de ensino e os participantes deste programa podem fazer parte dos processos de cuidado e tratamento, mediante supervisão do profissional responsável.
- XI. Para todas as questões oriundas do presente documento, será competente o Foro da Comarca de Joinville, Estado de Santa Catarina, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja.
- XII. O responsável declara ter ciência e aceita solidariamente o compromisso que abrange, além da obrigação principal de pagamento, todos os acessórios, penalidades, multas, juros, custas, honorários de advogado, indenizações e tudo o que derivar da prestação de serviços médicos - hospitalares e sua execução, bem como todas as repactuações de valor, seja por força de lei, seja por acordo entre as partes.
- XIII. O paciente e/ou responsável autoriza a realização de todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou cirúrgicos, inclusive anestesia, transfusão de sangue e exames complementares que porventura se fizerem necessários.
- XIV. O paciente e/ou responsável autoriza a informação do seu diagnóstico - CID (Código Internacional de Doenças) em documento impresso pelo Hospital Dona Helena.
- XV. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que o Hospital Dona Helena não compartilha dados com empresas de assessoria de DPVAT. Caso o paciente e/ou responsável identificarem algum contato suspeito, deverão contatar a Central de Atendimento ao Cliente do Hospital.
- XVI. O paciente e/ou responsável AUTORIZA o envio dos seus dados pessoais, tais como nome, número do Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda ("CPF/MF"), telefone e e-mail, para empresa que realizará pesquisa de nível de satisfação dos clientes com o atendimento do Hospital Dona Helena.
- XVII. O paciente e/ou responsável AUTORIZA a utilização do seu endereço de e-mail e/ou telefone celular (SMS, Whatsapp) para recebimento de boletins técnicos, informes gerais, campanhas publicitárias do Hospital Dona Helena e/ou de seus parceiros, bem como para ações do SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) da mesma instituição.
- XVIII. Este instrumento poderá ser extinto a qualquer tempo em razão de questões de natureza técnica do Hospital, que impeçam a continuidade dos serviços, dentre outras hipóteses.

E por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor, para um só efeito na presença das testemunhas abaixo

Joinville, 27 de novembro de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF